



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI



Février 2018 – n° 1

PALAIS FÉDÉRAL



ÉDITORIAL

La crise des tarifs ambulatoires n'est pas seulement due à la mésentente entre les partenaires. Elle tient également au cadre législatif, en l'espèce au droit tarifaire dans la LAMal. La loi ne paraît ni en mesure d'amener les parties à une solution négociée dans le domaine de l'autonomie tarifaire, ni de faire en sorte que le Conseil fédéral intervienne à titre subsidiaire et impose en temps utile une structure entièrement révisée. Lorsque le Parlement exige des partenaires qu'ils actualisent les tarifs, il doit créer les conditions cadres et les instruments permettant de suivre cette injonction légitime. Il faut veiller à ce que les acteurs ne puissent plus exercer un droit de veto, qui est une des causes principales de la crise actuelle.

En m'appuyant sur les interventions d'autres parlementaires, j'ai déposé un postulat qui charge le Conseil fédéral d'examiner les lacunes du droit tarifaire actuel ainsi que les solutions possibles. La révision de la loi doit permettre aux partenaires tarifaires d'unir à nouveau leurs efforts.

Isabelle Moret, présidente de H+

Pas de panacée pour la maîtrise des coûts

Les mesures proposées par le groupe d'experts n'apportent rien de nouveau et recèlent des contradictions.

Le rapport du groupe d'experts, et ses 38 mesures, montre avant tout qu'il n'y a pas de solution miracle pour maîtriser les coûts et que les dispositions concrètes devront être discutées avec soin. Il ne contient pas de nouveautés spectaculaires. Quasiment tous les moyens proposés ont déjà été discutés ou rejetés par le Parlement ou par le peuple.

La création d'un «article expérimental» est cependant une idée intéressante qui mérite examen. La législation actuelle prévoit certes déjà beaucoup de choses. Mais si la loi autorisait des projets régionaux, contrôlés et limités dans le temps, cela contribuerait à faire tomber les barrières contre les innovations.

Dans l'ensemble, le rapport manque de cohérence. Il est difficile de savoir si la priorité est donnée aux coûts ou à la qualité. Les mesures ne sont pas évaluées à l'aune de leur effet sur ces deux critères. Certaines se contredisent directement. Il est par exemple exigé de réduire le nombre de fournisseurs de prestations et, dans le même temps, d'ouvrir les frontières, ce qui conduirait à en admettre encore davantage. Une harmonisation et une évaluation plus sérieuses auraient été préférables, comme l'a fait par exemple la ZHAW à fin 2017 pour le canton de Zurich: www.gd.zh.ch → Themen → Behörden & Politik → Gesundheitskosten

Bernhard Wegmüller, directeur de H+

SOMMAIRE

2 Coûts de la santé | Offre optimisée plutôt que des plafonds
2 Financement | Le financement uniforme est urgent
3 Démence | La solution passe par la filière de soins

3 Qualité | Une loi sur la qualité est inutile
4 Faits et chiffres | Les hôpitaux sont toujours plus efficaces
4 TARPSY | Le nouveau tarif remplit le mandat législatif

Offre optimisée plutôt que des plafonds

Les budgets globaux sont des marques de défiance à l'égard des planifications hospitalières cantonales et des forfaits par cas. Ils ne garantissent du reste aucun effet positif.

Le groupe d'experts du Conseil fédéral veut faire baisser les coûts grâce à des budgets globaux. Or les cantons font déjà la même chose avec les planifications hospitalières et les partenaires tarifaires au sein de SwissDRG SA. Un plafond saperait la révision de la LAMal de 2007 sur le financement hospitalier en parasitant l'effet de baisse des coûts induit par les forfaits par cas DRG et en rendant superflues les planifications.

Des exemples étrangers montrent que, pour les budgets globaux, un appareil législatif et une gestion complexes sont nécessaires. En Allemagne par exemple, l'opposition reste vive et un abandon des budgets globaux n'est pas exclu.

Les structures rigides empêchent le changement

On peut s'attendre à ce que les budgets globaux n'aient pas les conséquences voulues et entraînent des incitations aux effets délétères. Certains fournisseurs de prestations pourraient se concentrer sur les traitements lucratifs, plutôt que sur les soins nécessaires et indiqués médicalement. Un pilotage des groupes de prestations en gynécologie, par exemple, est trop complexe et n'est donc pas possible en raison de l'hétérogénéité des prestataires: cabinets médicaux, hôpi-

taux, sages-femmes indépendantes et maisons de naissance. En outre, les structures seraient plus rigides, ce qui les empêcherait d'évoluer. Enfin, les budgets globaux ne font pas barrage aux patients. Ces prochaines années et décennies, la population va vieillir et aura besoin d'encre davantage de prestations.

Attendre les effets du financement hospitalier

Plutôt qu'introduire un budget global, il faudrait attendre les résultats des instruments actuels. La planification hospitalière pour la médecine hautement spécialisée, par exemple, commence seulement à déployer ses effets. Et des jugements du Tribunal administratif fédéral encouragent la planification hospitalière intercantonale, qui se pratique de plus en plus. Tant qu'à faire de la planification hospitalière, H+ demande qu'elle soit judicieuse médicalement et ne réponde pas à des motifs politiques. Des planifications fondées peuvent ouvrir le débat sur l'offre que veut la Suisse – quelle accessibilité, quelle spécialisation, etc. – en portant une attention particulière aux régions périphériques.

Martin Bienlein

«Lorsqu'à juste titre on transfère les traitements hospitaliers vers l'ambulatoire, on passe aussi des forfaits DRG, qui couvrent les coûts, au tarif obsolète TARMED. Cela revient à remplacer des incitations inopportunes par des indemnités incorrectes.»

Rolf Zehnder, directeur de l'Hôpital cantonal de Winterthour



Financement

Le financement uniforme est urgent

Le financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires (EFAS) atténuerait la crise tarifaire et permettrait de débloquer la situation.

Les bonnes raisons de financer de la même manière les prestations ambulatoires et stationnaires ne manquent pas. Le fait que les primes sont fixées par tête alors que la population vieillit est un argument important. Dès 2026, les baby-boomers nécessiteront davantage de soins médicaux en raison de leur nombre. Les natifs de 1951 auront alors 75 ans. Une phase de 13 ans commencera, durant laquelle les personnes de cet âge seront chaque année plus nombreuses. Ce phénomène entraînera une hausse encore impossible à estimer des coûts et des primes par tête. Dans le système actuel, un financement plus solidaire est la seule solution.

Il est dès lors compréhensible que les assureurs redoutent la hausse naturelle des coûts et qu'ils freinent, entre autres, les révisions des tarifs ambulatoires. Ces réformes sont pourtant nécessaires afin de supprimer les incitations qui poussent à la hausse. Tant que les assureurs bloqueront les adaptations des tarifs, ils contribueront à un renchérissement inutile. Ils seront les artisans d'une augmentation supplémentaire des primes et feront un cadeau à ceux qui profitent de ces tarifs dépassés. L'EFAS permettrait de débloquent la crise.

Conrad Engler

Démence

La solution passe par la filière de soins

A bien des égards, les soins appropriés à la démence vont dans le bon sens. Mais les défis sont multiples et les ressources limitées.

Avec le vieillissement de la population, le nombre de personnes atteintes de démence va encore augmenter. La prise en charge de patients souffrant de cette maladie mais hospitalisés en raison d'autres affections place les établissements devant des défis importants.

La filière de traitement est déterminante

Ces patients requièrent une filière spécifique de traitement. A défaut, ils encourent un risque plus élevé de développer un délirium ou d'autres complications, ce qui le plus souvent aggrave encore leur santé mentale.

Selon une enquête de H+ auprès de ses membres dans le cadre de la Stratégie nationale en matière de démence, la moitié des hôpitaux et des cliniques déclarent disposer d'un tel itinéraire de soins. Ces établissements procèdent plus

souvent à un dépistage de la démence chez les personnes âgées et appliquent plus systématiquement les recommandations médicales à cet égard. Ils font davantage état d'une amélioration de la situation cognitive des patients atteints de démence et moins souvent d'une détérioration.

Investissements et financement nécessaires

Les membres estiment qu'il y a lieu d'agir pour le recrutement de professionnels dotés des compétences spécifiques à la démence et pour la formation du personnel hospitalier en général. Sur le plan des infrastructures, un rattrapage s'impose en maints endroits. La charge supplémentaire induite par le traitement des personnes atteintes de démence doit être financée correctement. Les structures tarifaires actuelles doivent être réexaminées. A la demande de H+, le conseil d'administration de SwissDRG SA a inscrit la démence dans ses axes de développement. Le rapport se trouve sur le site de H+ : www.hplus.ch → Médias → H+ Dossiers pour les médias → Démence

Stefan Berger



Les Peers Reviews interprofessionnels et interdisciplinaires réalisés sur une base volontaire contribuent à l'amélioration de la qualité.

Qualité

Une loi sur la qualité est inutile

Les hôpitaux ont créé une grande variété d'instruments pour l'analyse et l'amélioration de la qualité. Il est superflu de réviser la LAMal pour renforcer la qualité.

La qualité relève de la responsabilité de la branche, elle se vit au quotidien. Elle ne peut ni être édictée par ordonnance, ni par des articles coercitifs dans les conventions tarifaires. Et la branche en fait déjà beaucoup: de la mesure et de la publication des indicateurs de qualité de l'ANQ à l'amélioration des processus en passant par la formation de personnel spécialisé.

Les Peer Reviews recommandés par H+ constituent un bon exemple d'amélioration de la qualité à titre volontaire: des médecins et des infirmières et infirmiers formés à cet effet (des pairs actifs dans d'autres hôpitaux) analysent 15 à 20 dossiers de patients sélectionnés parce qu'un indicateur

de qualité présente des occurrences statistiques singulières. Les cas sont ensuite discutés par les cadres de l'équipe traitante. Cela permet d'identifier les lacunes et d'élaborer des solutions en commun. La volonté de l'équipe traitante et de celle des pairs de s'améliorer et d'apprendre les uns des autres est à la base des Peer Reviews. Une obligation légale, telle que proposée dans les mesures du rapport d'experts, réduirait à néant cette motivation intrinsèque et cette démarche volontaire. La qualité ne se prescrit pas dans une loi. C'est pourquoi il faut mettre un terme à la révision de la LAMal sur la qualité.

Pascal Besson

Faits et chiffres

Les hôpitaux sont toujours plus efficaces

La demande est toujours très élevée. Mais grâce aux gains d'efficacité, les durées d'hospitalisation sont en baisse, bien que les patients soient de plus en plus âgés.

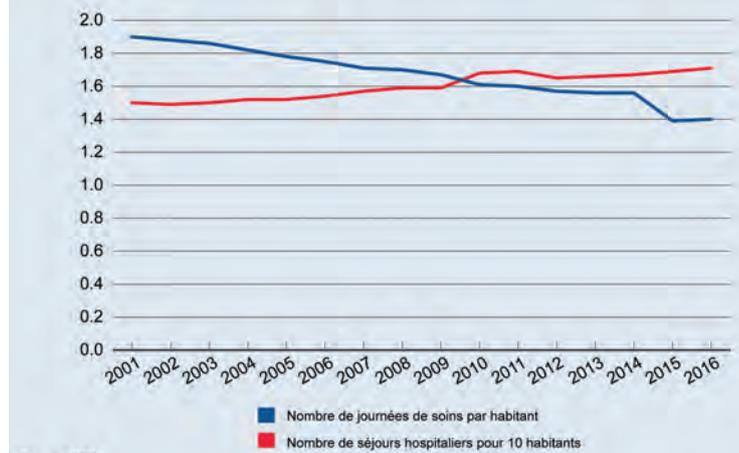
Les hospitalisations et les journées de soins évoluent de manière opposée. Le nombre d'hospitalisations est en hausse de 33% depuis le tournant du siècle – de 1,09 Mio en 2001 à 1,44 Mio en 2016. Durant la même période, le nombre des journées de soins est passé de 13,8 Mios à 11,8 Mios (-15%).

Par rapport à la population, le nombre de séjours hospitaliers est stable depuis 2010, à environ 1,7 pour 10 habitants. Il était en hausse auparavant (+13% dès 2001). Le nombre de journées de soins calculé par habitant tend également à reculer. En 2016, il s'élève à 1,4 (-26% par rapport à 2001).

L'augmentation des séjours hospitaliers est liée à celle de la population (+15% depuis 2001) et en particulier au vieillissement. Car la demande en prestations hospitalières est plus élevée pour les personnes de plus de 70 ans que pour les autres (+40% durant cette période). Pourtant, la durée moyenne de séjour des patients âgés tend à diminuer. Si davantage de séjours hospitaliers totalisent moins de journées de soins, c'est que les durées de séjour sont toujours plus courtes. En 2016, les patients ont passé en moyenne 8,2 jours à l'hôpital – exactement 3,0 jours de moins que 15 ans auparavant (-27%). Certes, les patients âgés ont séjourné plus longtemps (9,9 jours en 2016), mais la tendance est à la baisse pour eux aussi (-31% depuis 2001). Les prestations des hôpitaux sont donc produites de manière toujours plus efficace.

Stefan Berger

Journées de soins et hospitalisations



Source: OFS

© H+

Moniteur des hôpitaux et cliniques de H+: Plus d'hospitalisations, moins de journées de soins.

TARPSY

Le nouveau tarif remplit le mandat législatif

Avec l'introduction en début d'année de la structure tarifaire TARPSY, entièrement nouvelle, la psychiatrie stationnaire respecte désormais aussi les dispositions de la LAMal.

Pour rémunérer les prestations psychiatriques stationnaires, le système national TARPSY remplace depuis le 1^{er} janvier 2018 les structures cantonales. Ses artisans ont fait œuvre de pionnier en élaborant un tarif fondé sur des forfaits journaliers liés à la prestation. La structure TARPSY de SwissDRG SA prend en compte les charges et les prestations des institutions et répartit les cas dans des groupes de coûts psychiatriques (PCG) en fonction du diagnostic principal, de l'âge,

du degré de sévérité de la maladie et des diagnostics secondaires. Ces groupes sont rémunérés selon différents niveaux au moyen de forfaits journaliers. Durant la phase d'introduction de 2018 à 2019, les partenaires tarifaires réalisent un monitoring et prennent des mesures correctives de manière à ce que l'introduction soit conforme à la loi, sans coûts supplémentaires.

Bernhard Freudiger

IMPRESSUM

H+ Palais fédéral paraît quatre fois par an en allemand et en français.

Rédaction: Stefan Althaus, Dorit Djelid, Conrad Engler.



Secrétariat central, Lorrainestrasse 4A, 3013 Berne, geschaeftsstelle@hplus.ch, www.hplus.ch, tél. 031 335 11 11.

H+ est l'association faîtière des hôpitaux, cliniques et institutions de soins.